

## Tratamiento farmacológico y no farmacológico del TDAH

Conferencia

**Romina Aguerre.** Buenos días a todos. Es un placer estar acá.

La primera pregunta que cabe hacer es por qué es importante tratarlo. El Dr. Laube ya dijo un montón de cosas, pero yo quería aclarar primero algo, porque es verdad que hay mucho escepticismo sobre este trastorno aún, y en realidad es un trastorno y un padecimiento que existe. Los criterios de Robins y Guze hablan de la validez y la fiabilidad de un trastorno psiquiátrico, donde hay 6 puntos que se tienen que cumplir, y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad lo cumple con creces. 1) Tiene una descripción clínica específica; 2) estudios de imagen; 3) hay una delimitación clara con otros trastornos; 4) hay estudios de seguimiento a largo plazo que avalan su presencia; 5) hay estudios familiares —o sea, estudios genéticos. Como dijo el Dr. Laube, es uno de los padecimientos en psiquiatría con mayor heredabilidad (76 %), lo cual quiere decir que la varianza en esta patología se explica fundamentalmente por factores genéticos—; y 6) hay una respuesta clara a tratamientos. Entonces yo creo que no hay dudas de que se trata de una patología totalmente probada. Por supuesto que hay otras opiniones. Ese es el primer motivo.

El segundo motivo es la tendencia a la persistencia en la edad adulta que está entre el 60-80 % y las graves consecuencias que trae para quien lo padece, que no es solo a nivel académico o laboral, sino, como explicaba el Dr. Laube, a nivel de múltiples aspectos. La verdad es que la gente sufre, y mucho.

Es verdad que muchas personas no lo padecen, y hoy en día con esto del autodiagnóstico vienen personas que no lo tienen, pero a los que sí lo tienen yo les puedo asegurar que

les cambia la vida. Hay personas que llegan a los 50 años y no han podido leer un libro en su vida, que no han podido estudiar, que han sido llamado o etiquetados como «los burros de la familia» que querían estudiar y no pudieron, y que tal vez se encuentran a los 50-55 años pudiendo un montón de cosas que si se hubiesen podido abordar en otra etapa su vida hubiera podido ser distinta. Es realmente como una bola de nieve, como tú [Dr. Ricardo Laube] bien lo dijiste, porque muchas veces vemos las comorbilidades y no el diagnóstico en sí: trastornos depresivos, trastornos ansiosos, trastornos de la conducta disruptiva en adolescentes y, por supuesto, trastornos por consumo. Y si realmente no detectamos lo que hay en el origen, tampoco vamos a tener buena respuesta en estos otros padecimientos.

Las consecuencias del no tratamiento son varias. Pueden parecer nimias, pero en realidad son cosas que les cambian la vida: tasas más bajas de empleo y salarios anuales mucho más bajos comparados con grupos controles; peor rendimiento en el trabajo; mucho mayor desregulación, que trae como consecuencias problemas psicosociales, de pareja, divorcio y demás; frustraciones con peor concepto de sí mismos y autoestima que afectan, obviamente, la salud mental en varios aspectos.

El padecimiento va cambiando; no es la misma presentación en la edad preescolar, escolar, en la adolescencia y en la edad adulta. Se ve claramente que en la adultez lo que predomina son los síntomas de inatención, mientras que la impulsividad baja un poquito y en realidad es más como introyectada de alguna manera; pasa a ser como parte de la personalidad del paciente. Muchos pacientes sienten que no pueden funcionar de otra manera, porque

### Romina Aguerre

Prof. Adjunta Unidad Académica de Psiquiatría, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.  
<http://orcid.org/0000-0003-2270-2188>

Disponible en:  
[www.youtube.com/watch?v=DwBID2nuDcY](http://www.youtube.com/watch?v=DwBID2nuDcY)

toda la vida han funcionado de esa manera. Creo que nosotros como psiquiatras tenemos que mostrarles o darles oportunidad de que sí hay otras formas de vivir.

En la edad adulta surgen otras consecuencias; no es lo mismo un niño que está saltando en medio de la clase que un adulto que, por supuesto, tiene problemas con sus superiores, o en la casa con la pareja y demás. Y también hay que tener en cuenta que antes se creía que la persona que no tuvo fracaso escolar no tiene TDAH; y no es así. El TDAH es un padecimiento que depende mucho de la manifestación del contexto en el que se presente. Quiere decir que aumentan las demandas y aumenta la notoriedad de los síntomas. Entonces puede ser un niño o un adolescente que vino acompañado hasta esa edad con profesores de apoyo, la mamá, etc., y después de que llega a la facultad y se encuentra sometido a un nivel de exigencia al que no estaba acostumbrado, se hace mucho más notorio. Y capaz que lo logra, capaz que logra pasar, como decías tú [Dr. Laube]; capaz que logra tener una carrera, pero ¿a costa de qué?: de un gran desgaste. Si uno muchas veces pregunta a esas personas, son personas que se levantan a la una de la mañana para lograr lo que otras tal vez logran en un día común y corriente. Así que eso es algo a tener muy en cuenta.

Hay un estudio importante en TDAH (Shaw *et al.* 2013) que habla de que, a mayor número de persistencia de los síntomas en la edad adulta, sobre todo los atencionales, está vinculado a una disminución proporcional del grosor de la corteza prefrontal medial y dorsolateral. Por cada síntoma persistente en la edad adulta el índice de adelgazamiento cortical disminuía en un 0.00018 mm. Así que hay estudios aprobados de imagen para esto.

Esta es la misma imagen que mostró el Dr. Laube, pero en realidad lo que yo quería destacar es que muchas veces hay pacientes que en la edad adulta no cumplen con todos los criterios. Capaz que mantienen 3 síntomas, pero de todas formas esos 3 síntomas causan igual un deterioro considerable. En el verde

en la figura señalamos a aquellos que cumplen el diagnóstico completo, que son los menos; pero en el rojo y en el azul está el deterioro que produce. Y, si vemos, sigue siendo muy relevante.

Esto es algo que aprendí y que me quedó grabado, y me interesa mucho transmitirlo: las manifestaciones del TDAH dependen del contexto y de la demanda, y es algo a tener en cuenta.

Puntualmente, lo que implica mi charla de hoy, que es el tratamiento, por supuesto que la intervención multimodal es la que tiene mejores resultados. Aquella que incluye el tratamiento psicosocial, psicoterapéutico y farmacológico. Nosotros como médicos tenemos que generar un buen vínculo con nuestro paciente. Evaluar signos vitales en cada consulta, psicoeducar mucho a la familia y al paciente, y medir la respuesta al tratamiento, que se puede usar clinimetría para ayudarlo, ¿no?, pero siempre de la mano del criterio clínico, del paciente y de la familia, porque esto es un diagnóstico de un trastorno de diagnóstico clínico, justamente.

Como dijimos, la terapia de combinación es la que tiene mayor eficacia, más que la monoterapia.

Voy a hablar por etapas. La etapa 0 es la de psicoeducación básica, donde hay que hacer un asesoramiento al paciente y al núcleo familiar sobre el conocimiento científico sobre TDAH. Es necesario darle herramientas científicas a la persona, y que sepa qué es lo que le sucede y el origen neurobiológico de esta patología. Y desestigmatizar la voluntariedad de los síntomas, porque muchas veces estas personas vienen catalogadas —perdón por la palabra— como el boludo, el que no quiere hacer las cosas, como con una etiqueta de toda la vida. Y eso hay que trabajarlo.

Además de la heredabilidad de la que hablamos, como decía el Dr. Laube, siempre en la consulta aprovechar para indagar a otros familiares; tu padre o tu madre lo padecen o tus hermanos o alguien más. Es una posibilidad de captación que tenemos que aprovechar. Además sucede que la gente está muy

acostumbrada a vivir de esa manera; entonces piensa que no hay otra manera de vivir y eso es justamente lo que tenemos que señalar.

Saber que el tratamiento farmacológico es la base del tratamiento multimodal. Y que el mejor tratamiento farmacológico es aquel que se adecua a las necesidades del paciente; no solo lo que dicen las guías clínicas y no solo la primera línea de evidencia científica.

En general, todos los fármacos utilizados influyen en la neurotransmisión dopaminérgica y noradrenérgica cerebral, tanto sean estimulantes como no estimulantes. En las etapas 1 y 2 está comprobado que el metilfenidato y las sales de anfetamina, como la lisdexanfetamina, constituyen la primera opción de tratamiento.

El TDAH es de los padecimientos en psiquiatría que mejor responden al tratamiento farmacológico. La magnitud del efecto del metilfenidato es similar, tanto los de presentación inmediata como los de liberación prolongada. Para que tengan una idea, la magnitud del efecto del metilfenidato es de 0.73 a 0.86, y la lisdexanfetamina es un poco mayor: 1.070 (más incluso que la presentación de Concerta). Siempre vamos a preferir las presentaciones de liberación prolongada que las de liberación inmediata, por una cuestión de practicidad, porque con una sola toma al día logramos una constancia del tratamiento y nos evitamos la toma continua que a veces, por ejemplo, en los escolares o en los adolescentes es complicado, porque hay muchos colegios que no permiten que se lleve medicación. Además del efecto rebote que produce la ausencia de la medicación.

El metilfenidato se ajusta por respuesta, por efectos adversos y por peso, que es algo que a veces olvidamos. La dosis recomendada de metilfenidato va entre 0.6 a 0.8 hasta 1.2 mg/kg/día, sin exceder 72 mg/día para Concerta y para la ritalina los 80 mg/día. Hay que tener esto muy en cuenta, porque a veces llegan pacientes a la consulta que pesan 100 kilos y vienen con ritalina de liberación inmediata de 10 mg; ¡qué le puede hacer eso a una persona con ese peso!... Muy poquito, ¿no? Capaz que

nos llevamos sorpresas, pero es algo que hay que tener presente.

Respecto al metilfenidato, ¿qué opciones tenemos en Uruguay? Tenemos el Rubifen, que es de liberación inmediata, de 5 y de 10 mg; la ritalina de liberación inmediata, de 10 mg y la de liberación prolongada de 20 y de 30 mg, y el Concerta, que en Uruguay tiene las presentaciones de 18 y de 36 (en otros lugares del mundo hay presentaciones de 27 y de 54 mg).

En España y en otros lugares hay otros. Medikinet, de liberación prolongada, está por salir a la venta en México. Se toma a la noche y actúa al otro día.

En Uruguay tenemos que arreglarnos con lo que tenemos.

Los que sí tenemos son los de liberación inmediata en donde el componente de liberación inmediata es el 100 %, la duración es de 3 a 4 horas y el pico inicial se ve a la 1 a 2 horas. Por ejemplo, de la ritalina de liberación inmediata muchas veces hay que hacer entre 2 y 3 tomas. Los de liberación inmediata se pueden muchas veces combinar con los de liberación prolongada, si así lo requiere el paciente. El Concerta tiene un 22 % de liberación inmediata y un 78 % de liberación prolongada; la duración del efecto es de 10 a 12 horas y el pico inicial también se ve a la 1 a 2 horas. Con respecto al Rubifen no voy a entrar en detalles, pero como es de liberación inmediata hay que repartirlo entre 2 o 3 veces al día, sin superar los 100 mg/día. ¿Cómo se inicia el Concerta? Se intenta iniciar con la mitad de la dosis que sería habitual para el peso de ese paciente. Como en Uruguay tenemos de 18 y de 36 a veces se nos complica. La recomendación es empezar con el 18, porque a veces, como les decía, nos llevamos grandes sorpresas. Yo tengo pacientes que a veces pesan 80 kilos y con 18 andan perfecto. Siempre la mínima dosis eficaz, teniendo en cuenta que tiene efectos adversos también. De Concerta no se puede superar lo que está aprobado y más estudiado: 72 mg/día. Y la lisdexanfetamina, que es el otro de primera línea que no tenemos disponible en Uruguay,

pero sí en otros lugares del mundo como, por ejemplo, en Brasil, y hay muchas personas que lo traen, tiene la diferencia de que no se ajusta por peso. Hay de 30, de 50 y de 70; se inicia con 10 a 15 mg y se va incrementando gradualmente hasta llegar a un máximo de 70 mg/día. La verdad es que los efectos adversos de la lisdexanfetamina son claramente menores que los del metilfenidato. Más adelante lo digo, pero ahora lo adelanto: tiene que guiar nuestro tratamiento el número necesario a tratar, cuántos pacientes yo tengo que tratar para que a uno de ellos sea efectivo. Para que tengan una idea, la lisdexanfetamina es 1; es decir, a todos los pacientes que tienen TDAH tendría que ser efectivo. El del metilfenidato es de 2 y el de la atomoxetina es de 6. Por lo cual la lisdexanfetamina sigue siendo superior.

Ya hablamos de la duración del efecto. La ritalina de liberación inmediata es de 4 horas y la LP de 8 a 10 horas; el Concerta de 10 a 12 horas y la lisdexanfetamina de 12 a 14 horas.

¿Cuáles son los efectos adversos principales y más comunes? La disminución del apetito, cefaleas, insomnio y taquicardia. La disminución del apetito se puede corregir con las de liberación inmediata si fuera necesario, y comer entre esas horas. Les digo a todos los pacientes que el fármaco dura esas horas y después se transforma de nuevo en calabaza una vez que termina el efecto, porque una vez que termina el efecto el apetito se recupera.

En general, los pacientes con TDAH tienen de por sí trastornos del sueño. Peor calidad de sueño, insomnio de conciliación y además tienen lo que se llama el cronotipo vespertino, que es la hora en la que la persona se siente más activa para realizar sus actividades. Está comprobado que los pacientes con trastorno por déficit de atención tienen un cronotipo vespertino, o sea que son los clásicos búhos. Pero los clásicos búhos tienen que acostumbrarse a la vida que funciona en el día, y es mucho más difícil para ellos, porque además la medicación altera el sueño. Entonces la recomendación es que tiene que tomar el fármaco temprano.

Mayor adherencia a la lisdexanfetamina que al metilfenidato por obvias razones de las que ya hablamos. Iniciamos el estimulante, evaluamos la respuesta a las 2 o 4 semanas. Si la respuesta fue parcial y los efectos adversos fueron bajos, incrementamos la dosis y volvemos a evaluar a las 2 o 4 semanas, y si la respuesta sigue siendo parcial y los efectos adversos son altos, probaremos de cambiar de estimulante o pasar a otro fármaco.

Lo bueno de estos fármacos es que el efecto se nota enseguida, se nota en el día —no es el caso de los antidepresivos que requieren una concentración estable en el cerebro—. Actúan el tiempo que actúan y luego ya se pierde el efecto.

Para explicar brevemente el funcionamiento del metilfenidato y la lisdexanfetamina, les quería contar cómo actúa la regulación de dopamina a nivel sináptico, básicamente por dos transportadores, el de la dopamina y el transportador de las monoaminas vesicular. Una vez que la dopamina es liberada a la hendidura sináptica puede actuar en los receptores presinápticos o postsinápticos, pero después es recaptada por ese receptor que es el que acumula a la dopamina en las vesículas.

¿Qué hace el metilfenidato? Bloquea el transportador de la dopamina y el de la noradrenalina, haciendo que haya más dopamina y más noradrenalina para utilizar en la hendidura sináptica. No actúa a nivel vesicular, que es algo distinto a las anfetaminas.

Las anfetaminas son diferentes, porque es un inhibidor competitivo para los transportadores que nombré. Se une al mismo lugar que la dopamina y la noradrenalina, al mismo transportador, y de este modo competitivamente inhibe la recaptación de dopamina y noradrenalina. A dosis supratérmica lo que puede pasar es que la anfetamina sea recaptada en la terminal presináptica, en la vesícula, y una vez ahí adentro se comporta como un inhibidor competitivo en ese transportador, desplazando a la dopamina de dichas vesículas y causando un flujo continuo de liberación de esta que puede dar el efecto euforizante y sobre todo adictivo y peligroso.

Sobre la farmacocinética. Se administran por vía oral. Son lipofílicos que rápidamente son absorbidos a nivel gastrointestinal y atraviesan la barrera hematoencefálica.

¿Qué interacción tiene el metilfenidato? No tiene grandes interacciones. Es bastante seguro, porque no es metabolizado por el citocromo P450, lo cual es una gran ventaja. Sin embargo, hay que tener en cuenta que puede inhibir el metabolismo de los anticoagulantes, algunos antiepilépticos y algunos antidepresivos, como tricíclicos y sobre todo el citalopram. Hay efectos secundarios graves, pero muy muy infrecuentes, como la muerte súbita, que se da 1 entre 1000 casos, en combinación con el metilfenidato y la clonidina, que nosotros los adultos no estamos tan acostumbrados a usarlas, pero sabemos que los psiquiatras infantiles sí.

Algunas no las tenemos en Uruguay, pero en Concerta son bien distintas las formas de liberación. El Concerta tiene como «ondas de liberación», mientras que la ritalina, por ejemplo, de liberación prolongada tiene dos picos de liberación. Entonces esto, más allá de que ahora tenemos el desabasto de Concerta, no nos queda otra que darles ritalina de liberación prolongada a los pacientes. No para todos es lo mismo, porque los efectos adversos para muchos son muy poco tolerables, y por otro lado a veces nos llevamos sorpresas, porque hay pacientes que se ven favorecidos y en realidad prefieren, aprovechan esos picos que le puede dar la ritalina de liberación prolongada y que no el Concerta —los pacientes dicen que el Concerta es casi imperceptible, porque en realidad se dice que se libera por ondas: tiene tres ondas de liberación.

Y este es el modelo de U invertida [señala el cuadro] por el cual actúa el metilfenidato. Lo que decimos es que el exceso de dopamina es malo y el exceso de noradrenalina también. El exceso de dopamina en algunos pacientes, por supuesto que con cierta vulnerabilidad genética, puede dar síntomas psicóticos; el exceso de noradrenalina, ansiedad, agitación, agresividad. Para optimizar esto tenemos

que mantenernos en dosis terapéuticas y no pasarnos.

¿Cuáles son las contraindicaciones del metilfenidato? Insuficiencia cardíaca. Es muy importante en la consulta indagar sobre antecedentes familiares. No basta con preguntar si hay problemas cardiovasculares, sino que hay que indagar muertes súbitas en la familia, infartos en menores de 40 años, antecedentes familiares de psicosis, arritmias cardíacas. No siempre es necesario hacer un electro a todos los pacientes, pero sí a aquellos que tienen antecedentes familiares o personales importantes. Nos tenemos que tomar el tiempo para hacer una buena anamnesis de los antecedentes, tanto personales, psiquiátricos como familiares, médicos y psiquiátricos. Se habla mucho de los tics y el metilfenidato, pero no es una contraindicación total; lo que podemos probar primero es si empeoran los tics (primero empieza el TDAH y después los tics). En general, es así evolutivamente, pero muchas veces con un ajuste de medicación y disminución de la dosis podemos sortear ese efecto adverso. El metilfenidato es mucho más potente y adecuado para los síntomas de TDAH que la atomoxetina, por ejemplo.

Entre las contraindicaciones de las anfetaminas: hipersensibilidad al proactivo, glaucoma, feocromocitoma, enfermedades cardiovasculares, hipertiroidismo incontrolado o tiroiditis, depresión grave, la porfiria, y el riesgo de abuso y dependencia.

Mucho se habla del riesgo de abuso y dependencia de los estimulantes, pero hay que tener presente que el TDAH de por sí tiene un riesgo aumentado de trastorno por consumo de sustancias, y yo me preguntó qué es peor. Hay que tenerlo en cuenta y evaluar: el tratamiento tiene que ser siempre individualizado, paciente a paciente. Como dije anteriormente, el mejor tratamiento va a ser aquel que le haga mejor a nuestro paciente, no el que nosotros creamos que es mejor ni el que las guías digan que es mejor.

También las anfetaminas tienen algunas interacciones. Esperemos que la lisdexanfetamina esté pronto entre nosotros. Pero hay

fármacos que pueden reducir los efectos de las anfetaminas, como los bloqueantes adrenérgicos. El litio también puede atenuar los efectos de la lisdexanfetamina, y el uso concomitante con haloperidol puede inhibir los efectos estimulantes centrales de la anfetamina. Se ha constatado distonías agudas con la administración conjunta de haloperidol, que es una medicación que nosotros usamos bastante, así que cuando la tengamos disponible va a ser algo que vamos a tener muy en cuenta.

Por otro lado, la dexanfetamina puede retrasar la absorción de los anticonvulsivantes y el uso con alcohol puede exacerbar, por supuesto, las reacciones adversas de estos medicamentos psicoactivos sobre el sistema nervioso central.

A la hora de suspender la anfetamina es muy importante que sea de manera paulatina, porque hay elementos como de discontinuación que son muy molestos, de ánimo disfórico, fatigas, sueños vívidos desagradables.

Las etapas 1 y 2 son los estimulantes: metilfenidato y lisdexanfetamina, que, por ahora, no la tenemos.

¿Cuál es la etapa 3? Los estimulantes como la atomoxetina y los agonistas alfa-2 adrenérgicos. La atomoxetina fue el primer fármaco estimulante aprobado por la FDA para el tratamiento del TDAH y también el primer fármaco aprobado por la FDA para el trastorno de TDAH en adultos. Actúa como un bloqueador de los transportadores de noradrenalina, que favorece justamente la señalización noradrenérgica y la dopaminérgica también. Tiene un menor potencial de abuso que los estimulantes y es de preferencia en pacientes con comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos por tics y psicosis. Actúa también como un antidepresivo, por decirlo de alguna forma. Pero es menos efectiva que los estimulantes para tratar los síntomas cruciales del TDAH. Algunos de los efectos adversos son la boca seca, insomnio, náuseas, estreñimiento, retención urinaria, impotencia en hombres, dismenorrea en mujeres y demás.

Hay que usarlos con precaución en pacientes con patología cardiovascular y cerebrovascular.

Como se dijo, la atomoxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. ¿Qué opciones tenemos disponibles? Cápsulas de 10, 18, 25, 40, 60, 80 y de 100 mg. Se toma una única vez al día. La respuesta clínica la vamos a medir entre las 2 y 4 semanas luego del inicio del tratamiento y vamos a mantenerlos como a los antidepresivos, o sea, vamos a ver su efecto a las 12 semanas para decidir si la respuesta clínica fue buena o no. El máximo de tratamiento es de 80 a 100 mg/día y en un adulto se puede iniciar con 40 mg, por ejemplo.

Carece de riesgo de abuso. Están el Strattera y el Recit, pero, de todas formas, tiene que quedar claro que para los síntomas cruciales del TDAH recuerden siempre el número necesario a tratar. Es mucho más efectivo usar la lisdexanfetamina y el metilfenidato.

La clonidina y la guanfacina —esta última no tenemos en Uruguay— son agonistas alfa adrenérgicos. Estimulan los receptores inhibidores pre y postsinápticos de la norepinefrina en el locus coeruleus y pueden suponer un mejor funcionamiento neuropsicológico, pero la verdad es que en la parte de atención, que es una de las cruciales en el TDAH, no son tan eficientes. La guanfacina no está disponible en Uruguay —nada más quería nombrarla para que la tuvieran en cuenta—. La clonidina es muy usada por los psiquiatras infantiles; nosotros la usamos menos o la mantenemos cuando nos pasan pacientes los psiquiatras infantiles, pero no estamos acostumbrados. Y hay que tener en cuenta la presión arterial, porque es un hipotensor.

En la etapa 4 tenemos otros fármacos como el bupropión que, al actuar a nivel de la noradrenalina y dopamina, puede tener cierto efecto en el TDAH, a dosis rango de 300 y 450 mg/día. El modafinilo y los antidepresivos tricíclicos. Acá también es importante el número necesario a tratar.

¿Qué hacemos hoy que estamos frente a una situación muy particular con desabasto de Concerta? ¿Qué opciones nos quedan?

Nos quedan Rubifen, ritalina de liberación inmediata y ritalina de liberación prolongada.

Creo que hay que ser muy cuidadoso con el concepto de bioequivalencia, porque que un fármaco sea intercambiable por otro no necesariamente quiere decir que sea bioequivalente. Los estudios de bioequivalencia requieren estudios farmacocinéticos bien claros y quiere decir que esa molécula es muy parecida en muchos aspectos a la original; entonces no es lo mismo darle a un paciente, por lo que ya dijimos, Concerta de 36 mg que ritalina de liberación prolongada de 30 mg, porque los mecanismos de liberación son diferentes, no tanto por los excipientes, que en realidad no tienen mucho que ver, sino por los efectos adversos que van a causar, y que es algo que tenemos que avisar a los pacientes. Porque lo que nos está pasando en la consulta creo que a todos es que llegan y dicen: «No hay más Concerta, ¿qué hago?». «Bueno. Podemos hacer esto, pero te puede pasar esto, esto y esto». Si uno explica las cosas antes tal vez puede prevenir la interrupción o también el mal momento, porque hay personas a las que les cae muy mal, y hay otras que dicen: «lo prefiero».

¿Qué paraclínica premedicación es importante? Como les decía, siempre es personalizada e individual, contemplando la historia familiar de enfermedad cardíaca, sobre todo. El electrocardiograma no es de rutina, salvo que el paciente tenga una condición médica o familiar que amerite la exploración; sí, controlar el peso, la altura, la presión arterial, el pulso. Creo que lo principal es eso, una buena anamnesis de los antecedentes personales y familiares. Así como tampoco los estudios neuropsicológicos hacen el diagnóstico, pero los compañeros de neuropsicología a veces tienen datos muy interesantes que nos pueden aportar.

¿Cuándo se recomienda la visita a un cardiólogo? Antes de iniciar la medicación voy a averiguar la historia de enfermedad cardíaca congénita de una persona, historia de muerte familiar súbita en menores de 40 años, signos de falla cardíaca (soplos y demás), cifras

elevadas de presión arterial (porque tampoco la hipertensión es una contraindicación para el metilfenidato; en cambio, la hipertensión moderada y grave sí, o descontrolada, pero no la hipertensión de por sí).

Hay que habilitar la comprensión de la patología. Hay personas a las cuales esto puede parecer nimio, pero hay personas que sufren muchísimo. Tengo una paciente, por ejemplo, que tiene ahora 45 años y ella nunca pudo estudiar. Era la burra de la familia y le decían que todos sus hermanos iban a ir a la facultad y que ella iba a ser la que iba a cuidar el almacén. Ahora, a sus 45 años, puede dedicarse al crochet, que es lo que le gusta; puede por primera vez terminar de leer un libro. O sea que no es algo que a las personas que realmente lo padecen les sea indiferente.

En Estados Unidos está habiendo un abuso en estudiantes de alta demanda con las sales de anfetaminas. Hay una serie en Netflix que se llama *Take your pills* que habla de eso, que está buena, para los que no la vieron. Ahora Estados Unidos está con un control muy exhaustivo del tratamiento para el TDAH. Tengo una paciente que se mudó a Florida y no le dieron su tratamiento para TDAH, porque fueron tantos los papeles que le pidieron y el control que están teniendo que creo que ahora ya se están pasando un poquito para el otro lado.

Hay que aumentar siempre la motivación para el tratamiento, saber que la dosis se va ajustando —siempre hay que avisar eso, porque muchas veces los pacientes dicen: «no me hizo nada, lo dejo»—. Hay que ajustar el tratamiento hasta llegar a la dosis que a la persona le haga bien. Si da sueño al principio, lo más frecuente es que no sea la dosis adecuada y que haya que ajustar a más, porque sueño no da.

Hay que hacer énfasis en el origen neurológico de la sintomatología. Reducir, como se dijo, el estigma. Destacar las dificultades en el autocontrol. Desestigmatizar a las personas y desculpabilizarlas, porque hay también muchos pacientes que se sienten culpables por no poder ayudar a sus hijos a hacer, por

ejemplo, los deberes. Y muchas veces ellos también tienen el propio TDAH.

Otro punto es la importancia de una dieta balanceada. Los complementos de ácidos grasos poliinsaturados, específicamente los ácidos grasos como el omega 3 a dosis mínimas de 600 mg/día, tienen cierto beneficio en la mejora de los síntomas cruciales del TDAH. Por supuesto, disminuir bebidas que puedan influir en la hiperactividad, fomentar siempre la higiene del sueño, el ejercicio físico regular y la relajación para aumentar el autocontrol.

Hay estudios de adultos jóvenes, particularmente en pacientes con y sin TDAH, expuestos a 20 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada, que demostraron que luego de hacer ejercicio, y transitoriamente, por supuesto, la motivación para realizar tareas cognitivas mejoraba muchísimo y reducía esa sensación como de confusión y fatiga que es muchas veces lo que más molesta a los pacientes. O sea, siempre fomentar el ejercicio físico a nuestros pacientes por muchas razones, pero también por estas del TDAH.

La terapia cognitivo conductual puede tener objetivos claros como cambiar modos habituales de comportamiento que refuerzan estos efectos perjudiciales del trastorno. Por ejemplo, hay algo que pasa en el trastorno por déficit de atención que es el *shifting*, la incapacidad de una persona —a todos nos cuesta, pero a las personas que tienen TDAH más— de pasar de un estímulo placentero a uno mucho menos placentero. Un tip básico en adolescentes: llegás a casa y hacés la tarea, no te ponés a jugar al Play, porque después de jugar al Play no vas a poder hacer la tarea. Esto es frecuente que pase, pero a estas personas les cuesta mucho más. Ordenarse en rutinas está entre las estrategias que cuesta a veces implementar, pero que ayudan muchísimo. Y como recompensa después aquella actividad que de por sí segregue más dopamina y disfrute, por supuesto.

Técnicas cognitivas de reestructuración de pensamientos disfuncionales, creencias desadaptativas —recordemos que estamos hablando de adultos que vienen de toda su

vida funcionando así y lo consideran normal—, así como técnicas conductuales, estrategias de habilidades saludables para los síntomas inatentos, por ejemplo, llevar agendas en papel y otras, que un terapeuta cognitivo conductual puede informar mejor. Por lo menos, de 8 a 12 semanas de terapia individual o grupal.

Quiero finalizar con una frase de un gran maestro, que decía que la ausencia de sospecha de un padecimiento es el peor enemigo para su diagnóstico. Creo que el hecho de que estemos teniendo en cuenta en este último tiempo que los trastornos del neurodesarrollo si se mantienen en la edad adulta nos pueden dar la noción o la sospecha de que ¡ah, capaz que viene por acá! Y eso nos puede cambiar realmente el pronóstico de un paciente, porque que hayan funcionado toda la vida así no quiere decir que su vida no pueda cambiar, aunque tenga 50, 60 o 70 años.

Hay además que tener en cuenta que es un trastorno del neurodesarrollo, por lo cual los primeros síntomas tienden a estar en la primera infancia, pero en los adultos hay muchos sesgos del recuerdo y muchas veces no tenemos al familiar para preguntarle. Pero si uno averigua y mira con ojos bien abiertos algunas disfunciones probablemente había. Esto que dice el Dr. Laube del inicio, que es un trabajo de L. Rohde también, de otro tipo de TDAH que se presenta en la vida adulta es algo que, como tú [Dr. Laube] decías, está en estudio; yo creo que pasa mucho también, porque depende del contexto, de la demanda y el momento de vida de la persona.

Otro concepto que quiero transmitir tiene que ver con los hermanos de alto riesgo. Los hermanos de pacientes con TDAH tienen 5 veces más riesgo de presentar TDAH que aquellos que no lo tienen. Hay que también mirar eso, porque a veces se mira al que da más problemas, al que es más ruidoso y se deja de lado a este otro que no dio tantos problemas, pero que también tiene síntomas; y si es mujer más, porque en la mujer es mucho más frecuente el inatento: es más tranquila, calladita, no molesta, está ahí en el fondo de la clase, pero sufre.

Es todo lo que quería destacar.

No hay nadie del laboratorio acá, pero ojalá que podamos traer y contar con las presentaciones necesarias y pronto traer el Vyvanse.

Quería comentar del Vyvanse, de la lisdexanfetamina infantil, que he escuchado mucho, sobre todo a los colegas de psiquiatría infantil —tengo una gran amiga que es psiquiatra infantil—, decir: ¡cómo le vas a dar anfetamina

a un niño! En realidad, lisdexanfetamina tiene una lisina que evita ese pico de liberación tan abrupto que es lo que se asocia justamente con cualquier droga de abuso, y que sea mucho más lento y continuo a lo largo del día. Yo les puedo asegurar que lo toleran muy bien y funciona muy bien, porque tuve la oportunidad de verlo, de comprobarlo y creo que hay que perderle el miedo un poquito a eso.

Muchas gracias.